

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพัฒนา (developmental study) เพื่อพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามแนวคิดวงจร PDCA ของเดมมิ่ง ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2555 ถึงเดือน เมษายน 2557 ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์

จากตารางที่ 4-1 แสดงให้เห็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 8 คน เป็นเพศหญิงทั้งหมด ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 รองลงมาคือช่วงอายุ 26-30 ปี 31-35 ปี 36-40 ปี และ 41-45 ปี ในสัดส่วนเท่า ๆ กัน คิดเป็นร้อยละ 12.5 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 75 ระดับปริญญาโท ร้อยละ 25 มีระยะเวลาปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนักมากกว่า 10 ปีคิดเป็นร้อยละ 75 รองลงมาคือ 1-3 ปี และ 4-6 ปี ร้อยละ 12.5 ทุกคนมีประสบการณ์ในการได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

ตารางที่ 4-1

จำนวนและร้อยละของพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของ
หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จำแนกตามข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	8	100.0
ชาย	0	0.0
อายุ (ปี)		
26-30	1	12.5
31-35	1	12.5
36-40	1	12.5
41-45	1	12.5
46-50	4	50.0
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	6	75.0
ปริญญาโท	2	25.0
ระยะเวลาในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยหนัก (ปี)		
1-3	1	12.5
4-6	1	12.5
7-9	0	0.0
มากกว่า 10	6	75.0
ประสบการณ์การได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจสอบบันทึก ทางการแพทย์พยาบาล		
ไม่เคย	0	0.0
เคยอย่างน้อย 1 ครั้ง	8	100.0

2. กระบวนการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก
โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ในการศึกษานี้ใช้แนวคิด PDCA ในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์
พยาบาล โดยมีการดำเนินการและผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน เป็นการค้นหาปัญหา เลือกรูปแบบ ปัญหา สาเหตุของปัญหา และหา
แนวทางแก้ไข รวมทั้งกำหนดวิธีการดำเนินการ การตรวจสอบ และการประเมินผล มีรายละเอียดการ
ดำเนินการดังนี้

ผู้ศึกษาทำการประเมินคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์โดยขอความร่วมมือ
ให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่
เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ทั้ง 8 คน ทำการประเมินและให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์
พยาบาลของผู้ป่วยในหอผู้ป่วยของตนคนละ 10 ชุด โดยใช้แบบประเมินที่โรงพยาบาลนครพิงค์สร้างขึ้น
ซึ่งมีการจำแนกเนื้อหาในการประเมินตามกิจกรรมในกระบวนการพยาบาลออกเป็น 3 ด้าน คือ
ด้านการประเมินอาการ (Assessment: A) ด้านการวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล (Planning and
Implementation: P/I) และ ด้านการประเมินผล (Evaluation) และระยะของการให้การพยาบาลผู้ป่วย
แบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะแรกรับ ระยะต่อเนื่องและระยะจำหน่าย จากนั้นผู้ศึกษาได้ทำการประเมิน
และให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ทั้งหมด 80 ฉบับซ้ำ โดยใช้แบบประเมินเดียวกับ
พยาบาลทั้ง 8 คนและเปรียบเทียบผลการประเมินที่ได้จากพยาบาลวิชาชีพทั้ง 8 คนกับผู้ศึกษาเพื่อหา
คะแนนความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์ ได้ผลร้อยละของความ
สอดคล้องตรงกันการประเมินดังแสดงในตารางที่ 4-2

ตารางที่ 4-2

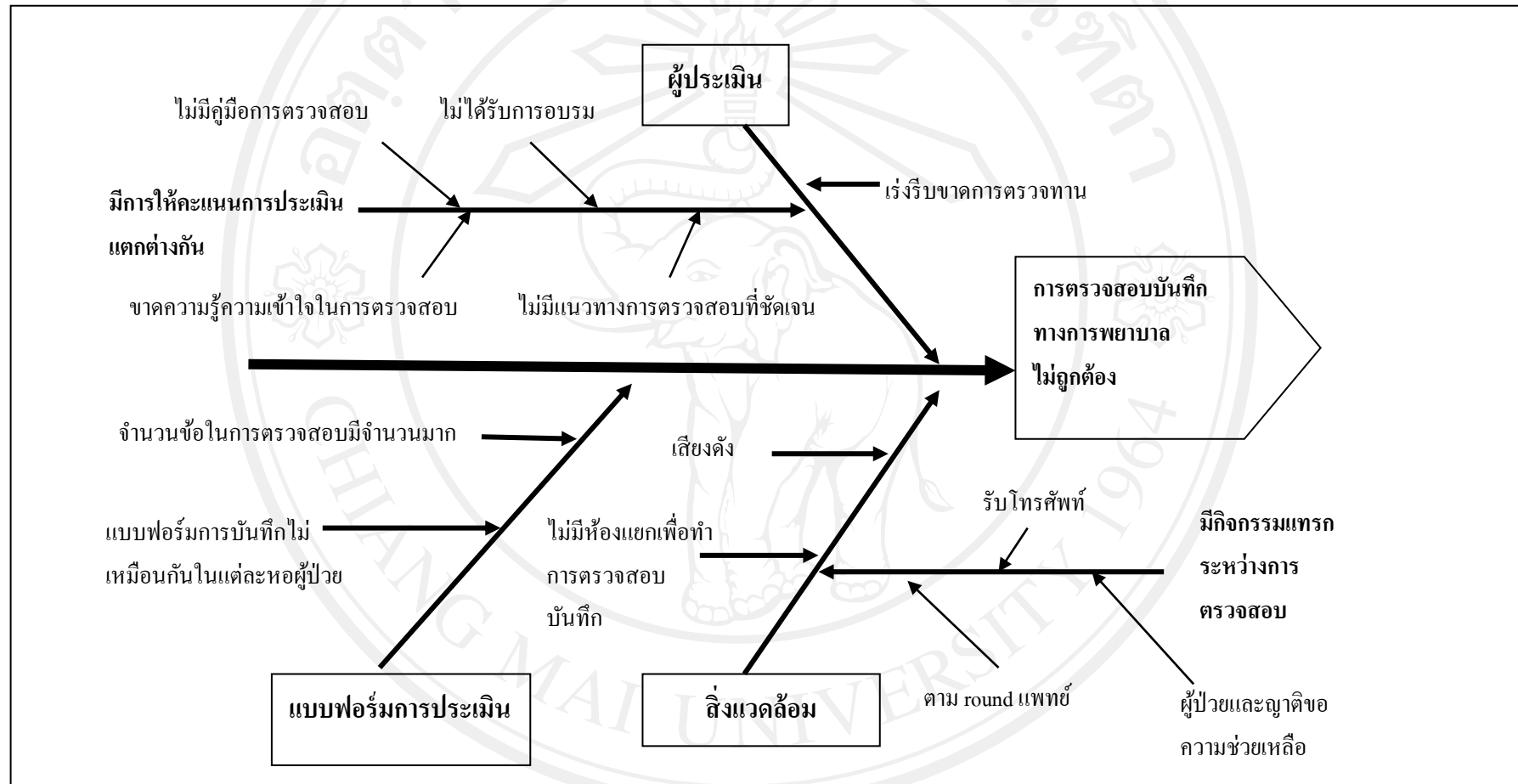
จำนวนร้อยละ ของความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ก่อนการพัฒนา)

การ บันทึก ทางการแพทย์ พยาบาล ด้าน	ระยะ ของการ ให้การ พยาบาล	ความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (ร้อยละ)							
		คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8
A	แรกเริ่ม	84.48	86.21	77.59	81.03	86.21	79.31	86.21	77.59
	ต่อเนื่อง	82.76	79.31	82.76	81.03	84.48	72.41	82.76	79.31
	จำหน่าย	82.76	74.14	75.86	72.41	81.03	79.31	75.86	75.86
P/I	แรกเริ่ม	84.48	77.59	79.31	86.21	86.21	86.21	86.21	84.48
	ต่อเนื่อง	84.48	81.03	86.21	82.76	84.48	86.21	84.48	84.48
	จำหน่าย	79.31	82.76	84.48	82.76	81.03	77.59	77.59	79.31
E	แรกเริ่ม	82.76	68.97	77.59	86.21	91.38	93.1	84.48	84.48
	ต่อเนื่อง	79.31	82.76	87.93	82.76	96.55	84.48	87.93	84.48
	จำหน่าย	82.76	79.31	82.76	77.59	70.69	82.76	77.59	77.59
รวม		82.57	79.12	81.61	81.42	84.67	82.38	82.57	80.84
เฉลี่ย					81.9				

จากตารางที่ 4-2 แสดงให้เห็นว่าในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลทั้งหมด จำนวน 80 ฉบับมีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลโดยรวมร้อยละ 81.9 เมื่อพิจารณาเป็นรายบุคคลพบว่า คนที่ 5 มีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 84.67 รองลงมา คนที่ 1 และคนที่ 7 มีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 82.57 คนที่ 6 มีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 82.38 คนที่ 3 มีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 81.61 คนที่ 4 มีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 81.42 คนที่ 8 มีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลคิดเป็นร้อยละ 80.84 และคนที่ 2 พบมีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.12

ภายหลังได้ผลการประเมินในตารางข้างต้น ผู้ศึกษาได้ดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในขั้นตอนต่อไปนี้

1) ผู้ศึกษาขอเชิญพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจสอบคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก มาร่วมประชุมเพื่อระดมความคิด วิเคราะห์ปัญหา และค้นหาปัญหาโดยใช้แนวคำถามในการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นโดยอาศัยแผนภูมิแก๊งปลาเป็นเครื่องมือช่วยในการพิจารณาถึงสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดและกำหนดแนวทางรวมทั้งกรอบเวลาในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล โดยใช้เวลาในการประชุม 2 ชั่วโมง ได้ผลการวิเคราะห์หาสาเหตุด้วยผังแก๊งปลา ในภาพที่ 4.1



ภาพที่ 4.1. ฟังก้างปลาแสดงการวิเคราะห์สาเหตุการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ไม่ถูกต้อง

จากภาพที่ 4-1 สามารถสรุปสาเหตุที่ทำให้การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่ถูกต้องได้ 3 สาเหตุหลักคือ ปัญหาด้านผู้ประเมิน ด้านแบบฟอร์มการประเมิน และด้านสิ่งแวดล้อม จากการที่นำสาเหตุหลักแต่ละข้อมาวิเคราะห์พบว่า ภายใต้สาเหตุหลักด้านตัวผู้ประเมิน เกิดจาก 1) ภาระงานมาก 2) อัตรากำลังน้อย 3) เร่งรีบขาดการตรวจทาน และ 4) มีการให้คะแนนการประเมินแตกต่างกัน เนื่องจาก ไม่มีแนวทางในการตรวจสอบที่ชัดเจน ไม่ได้รับการอบรม ไม่มีคู่มือในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และ ขาดความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบ ด้านแบบฟอร์มการประเมิน เกิดจาก 1) แบบฟอร์มการบันทึกไม่เหมือนกัน ในแต่ละหอผู้ป่วย และ 2) จำนวนข้อในการตรวจสอบมีจำนวนมาก ด้านสิ่งแวดล้อม เกิดจาก 1) ไม่มีห้องแยกเพื่อทำการตรวจสอบบันทึก 2) เสียงดัง และ 3) มีกิจกรรมแทรกระหว่างการตรวจสอบ เช่น ผู้ป่วยและญาติขอความช่วยเหลือ การรับโทรศัพท์ การตรวจเยี่ยมผู้ป่วย ร่วมกับแพทย์ เป็นต้น จากการระดมความคิดวิเคราะห์ถึงสาเหตุหลักที่ประชุมสรุปว่า ควรทำการแก้ไขสาเหตุที่ด้านตัวผู้ประเมินมากที่สุด และน่าจะทำให้การตรวจสอบบันทึกมีประสิทธิภาพดีขึ้น ส่วนสาเหตุที่เกิดจากแบบฟอร์ม ทำได้ยากในขณะนี้ เนื่องจากฝ่ายการพยาบาลยังไม่มียุทธศาสตร์ในการปรับเปลี่ยนแบบการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และสาเหตุด้านสิ่งแวดล้อม ผู้ศึกษาจะทำการเสนอปัญหาต่อหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลเพื่อพิจารณาแก้ไขต่อไป

2) ผู้ศึกษาและพยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ได้เลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่ต้องทำเป็นอย่างแรกคือการให้คะแนนการประเมินแตกต่างกัน โดยการจัดทำคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพนัดประชุมร่วมกันเพื่อวางแผนจัดทำคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก โดยจัดทำทั้งหมด 8 เล่ม ให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก คนละ 1 เล่ม กำหนดเวลาในการร่างและแก้ไขคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนักเป็นเวลาประมาณ 2 เดือน (เมษายน-พฤษภาคม 2556) และได้ข้อสรุปให้ดำเนินการเป็นลำดับขั้นในการสร้างคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนักดังนี้

2.1) มอบหมายให้ทุกคนไปศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่อง การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล เพื่อนำมาแลกเปลี่ยนกันในที่ประชุม

2.1.1) ผู้ศึกษา และพยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ทำการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดโครงสร้างของเนื้อหาในคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนักได้ข้อสรุปว่าประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้ 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์และการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล 2) การบันทึกทางการแพทย์และการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

พยาบาลในโรงพยาบาลนครพิงค์ และ 3) แนวการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก (ดังภาคผนวก ข)

2.1.2) ผู้ศึกษาทำการยกร่างรายละเอียดของเนื้อหาในคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนักและนำมาให้พยาบาลที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและบันทึกทางการแพทย์ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยหนัก ร่วมพิจารณาและปรับปรุงแก้ไขจนได้คู่มือฉบับร่างขึ้น

2.1.3) นำคู่มือฉบับร่างที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย อาจารย์พยาบาล 2 คน กรรมการประกันคุณภาพทางการแพทย์ โรงพยาบาลนครพิงค์ 1 คนเพื่อให้ข้อเสนอแนะและนำมาปรับแก้คู่มือฉบับร่างจนได้คู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติการ ผู้ศึกษาได้ดำเนินกระบวนการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ ตามกำหนด การศึกษาดังนี้

1) ผู้ศึกษาได้ทำโครงการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ในวันที่ 1 กรกฎาคม 2556 ที่ห้องประชุมหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (ภาคผนวก ฉ) ผู้ศึกษาให้ความรู้ ชี้แจง และทำความเข้าใจ เรื่อง การบันทึกทางการแพทย์ การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์และแนวการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ ตามแผนการอบรม (ภาคผนวก ซ)

2) พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมฝึกทำการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์เพื่อหาความเที่ยงระหว่างผู้ตรวจสอบคุณภาพการบันทึก โดยให้ทุกคนทำการตรวจสอบคุณภาพการบันทึกตามคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น จำนวน 10 ฉบับ ระหว่างการปฏิบัติการทดลองผู้ศึกษาได้ให้คำปรึกษา แนะนำ รับฟังข้อเสนอแนะและทำความเข้าใจร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบ

เป็นขั้นตอนการประเมินผลการปฏิบัติการทดลองการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ตามแนวการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์เปรียบเทียบผลการประเมินก่อนการพัฒนา

พยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการประชุมการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของการบันทึกทางการแพทย์ย้อนหลังของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักที่ไม่ได้ปฏิบัติงานอยู่จำนวน 10 ฉบับ โดยอาศัยเกณฑ์การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ที่สร้างขึ้น

ผลการประเมินหลังการพัฒนาพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสอดคล้องตรงกันในการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลทุกคน คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 4-3

ตารางที่ 4-3

ความสอดคล้องตรงกันในการให้คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลของผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล 8 คน (หลังการพัฒนา)

บันทึกทางการพยาบาลฉบับที่	คะแนนคุณภาพการบันทึกทางการพยาบาลแยกตามผู้ตรวจสอบบันทึกทางการพยาบาล (ร้อยละ)								ร้อยละของความสอดคล้องตรงกัน
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 6	คนที่ 7	คนที่ 8	
1	X	78	78	X	78	X	78	78	100
2	X	X	80	80	80	80	X	80	100
3	75	X	X	X	75	75	75	75	100
4	X	X	76	X	X	76	76	X	100
5	82	82	X	82	82	X	82	82	100
6	85	85	X	85	X	85	X	85	100
7	81	81	81	X	81	X	81	X	100
8	X	83	X	X	X	83	83	83	100
9	88	X	88	88	X	88	X	X	100
10	X	85	X	85	X	85	X	85	100
11	88	88	88	88	88	X	88	88	100
12	85	X	X	85	85	X	85	85	100
13	78	78	78	78	78	78	X	78	100
14	X	76	76	76	76	76	X	X	100
15	82	X	82	82	82	82	82	X	100
16	85	85	85	X	X	X	85	X	100

หมายเหตุ. เครื่องหมาย X หมายถึง ไม่ได้เป็นผู้ตรวจสอบบันทึก

ขั้นที่ 4 การดำเนินตามความเหมาะสม

ผลการประเมินคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนและหลังการพัฒนา มาเปรียบเทียบกับพบว่าพยาบาลวิชาชีพมีความสอดคล้องตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์ พยาบาล ร้อยละ 100 ผ่านเกณฑ์ประเมินที่กำหนดไว้

กระบวนการพัฒนาตามวงจรเดมมิ่งส่งผลให้ การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลใน หอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีคุณภาพดีขึ้นจากคะแนนความสอดคล้อง ตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์พยาบาลก่อนการพัฒนา ร้อยละ 81.9 (ตารางที่ 4-2) คะแนน เพิ่มขึ้นหลังการพัฒนาเป็นร้อยละ 100

โดยสรุปการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยอาศัยแนวคิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของ เดมมิ่ง ดังแสดง ในภาพที่ 4-2

แนวคิด PDCA

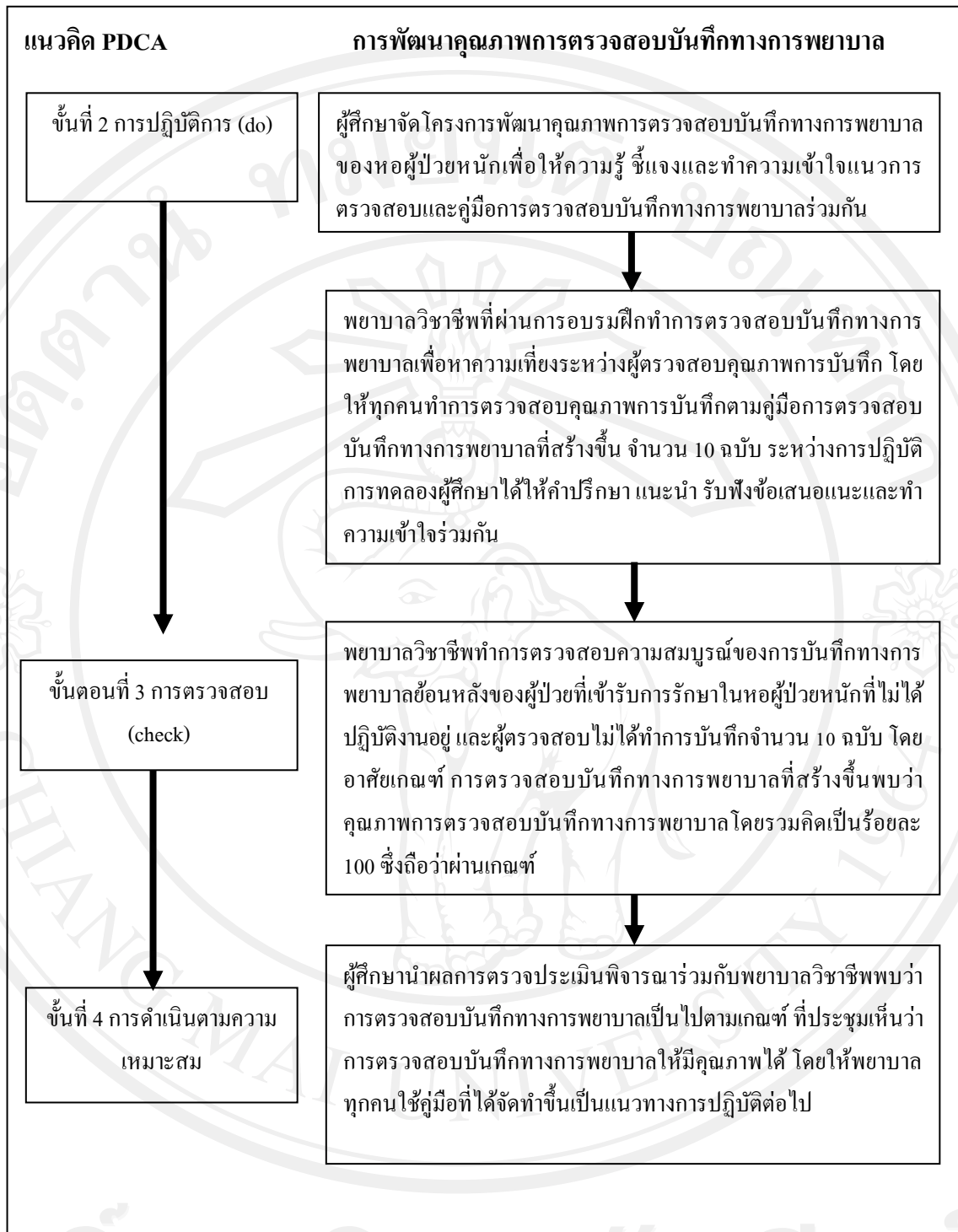
การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล

ขั้นที่ 1 การวางแผน
(plan)

ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพทำการประเมินคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลจำนวน 80 ฉบับโดยใช้แบบประเมินของโรงพยาบาลนครพิงค์พบว่าคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลมีความสอดคล้องตรงกันเฉลี่ยร้อยละ 81.9

ผู้ศึกษาทำการประชุมร่วมกับพยาบาลทั้ง 8 คนเพื่อระดมสมอง วิเคราะห์ปัญหา ค้นหาสาเหตุปัญหาโดยใช้แนวคำถามในการประชุมกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นและอาศัยแผนภูมิแก๊งปลา เป็นเครื่องมือช่วยในการพิจารณาถึงสาเหตุที่เป็นไปได้มากที่สุดและกำหนดแนวทางและกรอบเวลาในการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล และพบว่ามิสาเหตุ มาจากผู้ประเมิน แบบฟอร์มการประเมินและสิ่งแวดล้อม

ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพร่วมกันวางแผนจัดทำคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล กำหนดเวลาในการร่างและแก้ไขคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลของหอผู้ป่วยหนัก



ภาพที่ 4-2. สรุปการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักโรงพยาบาลนครพิงค์ ศึกษาตามแนวคิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของ เดมิ่ง

ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาในครั้งนี้พยาบาลวิชาชีพได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ดังนี้

1. ไม่มีเวลาและขาดความทุ่มเทของผู้ตรวจสอบเนื่องจากผู้ตรวจสอบมีภาระงานอื่นนอกเหนือจากการตรวจสอบ โดยเฉพาะงานที่ให้บริการผู้ป่วย จึงทำให้การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ดังที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มกล่าว ดังนี้

“ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในแต่ละ ward มี QA nurse ที่ทำหน้าที่ในการตรวจสอบ ขึ้นเวรมาทำงาน คนไข้มีจำนวนมาก ต้องให้การพยาบาลก่อนเพื่อให้คนไข้ฟื้นวิกฤตมีการทำหัตถการเยอะแยะมากมาย แค่งานก็เหนื่อยแล้ว ไม่มีเวลามาทำการตรวจสอบ”

“มีภาระงานมาก เนื่องจากมีผู้ป่วยหนักที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นวิกฤตเสร็จงานก็เหนื่อยแล้วทำให้ละเลยในงานด้านนี้ไป มุ่งแต่การดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาตรวจสอบบันทึกอย่างละเอียด ทำเท่าที่ทำได้ ขาดความทุ่มเทในการตรวจสอบ เมื่อมีการสุ่มตรวจอีกครั้งเลยทำให้คะแนนการตรวจสอบที่แตกต่างกัน”

2. ขาดความชำนาญในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ทำให้การตรวจสอบไม่บรรลุเป้าหมาย ดังที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มกล่าว ดังนี้

“QA nurse น้องใหม่ที่มาช่วยงานตรวจสอบ ยังไม่ผ่านการอบรม สามารถช่วยตรวจสอบได้บ้างโดยใช้คู่มือการตรวจสอบเป็นแนวทางและสอบถามจากพี่ๆ ทำให้ใช้เวลานานในการตรวจสอบในแต่ละchart”

“พยาบาลทุกคนใน ward ควรจะทำการตรวจสอบบันทึกได้ ถือเป็นหน้าที่ของพยาบาลทุกคน มีการแจกคู่มือ แบบฟอร์มการตรวจและ chart ให้ คนละ 1 chart แต่ยังไม่มีการส่งกลับมาให้เหตุผลว่าไม่มีความรู้ความชำนาญในการตรวจสอบ และไม่ผ่านการอบรมเรื่องการตรวจสอบบันทึก”

3. จำนวนข้อในการตรวจสอบมีจำนวนมาก ทำให้ใช้เวลาในการตรวจสอบนานผู้ตรวจสอบมีความเบื่อหน่าย ดังที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มกล่าวดังนี้

“จำนวนข้อในการตรวจสอบมี 58 ข้อ ซึ่งมีมากเกินไป ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย ทำได้ 2-3 ข้อ ก็อยากจะหยุดแล้ว กว่าจะตรวจสอบเสร็จในแต่ละ chart ก็ต้องใช้เวลาานาน”

“ในการตรวจสอบของ สปสช. มีข้อในการตรวจสอบแค่ 11 ข้อ ในแต่ละข้อมีการชี้แจงว่า ตรวจสอบเอกสาร แผ่นไหนมันชัดเจน ใช้เวลาไม่นาน ทำให้เรามีความสุขไม่เบื่อในการตรวจสอบ”

4. คำนนโยบาย การตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ การนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ผ่านตัวแทนคณะกรรมการตรวจประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ เพื่อแจ้งแก่พยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติ ดังที่พยาบาลวิชาชีพในกลุ่มกล่าวดังนี้

“รับทราบแนวนโยบายการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล จาก QA nurse ที่ไปร่วมประชุม ซึ่งเป็นแผนปฏิบัติของของคณะกรรมการ internal audit nursing ประจำปี มีการ cross check ระหว่างหอผู้ป่วย 1 ครั้งต่อปี ส่วนแต่ละหอผู้ป่วยวางแผนการตรวจสอบเอง”

“นโยบายการตรวจสอบเป็นของกลุ่มภารกิจการพยาบาล ทำตามหน้าที่ที่รับมอบหมาย ไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าไร ไม่ได้มีนโยบายจากคณะกรรมการโรงพยาบาล (NSO) สั่งการลงมา ตามขั้นตอน ทำให้ผู้ปฏิบัติไม่เห็นความสำคัญ ทำแล้วได้คะแนน ส่งให้ฝ่ายตามเวลาก็ไม่เห็นมีการเปลี่ยนแปลงอะไร ไม่มีผลได้ ผลเสียกับผู้ปฏิบัติ ไม่มีแรงจูงใจในการปฏิบัติ”

“ไม่มีการนิเทศติดตามจากผู้บริหารระดับต่างๆ จึงทำให้ผู้ปฏิบัติไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการตรวจสอบบันทึก”

ข้อเสนอแนะในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ จากการประชุมกลุ่มมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ในด้านบุคลากรควรจัดการอบรมให้ความรู้และสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์แก่พยาบาลวิชาชีพทุกคนเพื่อให้สามารถตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้
2. ควรมีการปรับปรุงในเรื่องของเนื้อหาของการตรวจสอบ ให้มีรายข้อที่น้อยลงและครอบคลุมตามกรอบของสภาพยาบาล
3. มีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและมีการประชุมวิเคราะห์ปัญหาการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ทุก 6 เดือน

การอภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาล นครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้กระบวนการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ตามวงจร PDCA ของเดมมิ่ง ผู้ศึกษาอภิปรายผลตามคำถามของการศึกษาดังนี้

1. กระบวนการพัฒนาตามวงจรเดมมิ่งส่งผลให้ การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ มีคุณภาพดีขึ้นหรือไม่

ในการศึกษานี้ได้นำแนวคิดการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของเดมมิ่งมาใช้ปรับปรุงคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลประกอบด้วยวิธีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอนคือ ได้แก่ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (do) การตรวจสอบ (check) และการดำเนินการตามความเหมาะสม (act) ผู้ศึกษาพบว่าการพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลด้วยแนวคิด PDCA มีผลในการเพิ่มคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลในหอผู้ป่วยหนักกล่าวคือ ในขั้นตอนการวางแผนซึ่งเป็นการค้นหา เน้นการมีส่วนร่วมของทีม โดยมีการระดมสมองทำให้ทีมมีความเข้าใจกระบวนการที่เป็นปัญหา ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่น่าเชื่อถือ สอดคล้องกับ อนุวัตร สุขชาติกุล (2543) กล่าวว่ากระบวนการระดมสมองเป็นกระบวนการที่มีแบบแผนที่ใช้ในการกระตุ้นความคิดสร้างสรรค์ และการมีส่วนร่วมของทีมมากที่สุด การระดมสมองเพื่อรวบรวมความคิดเห็น ปัญหา และข้อเสนอแนะจำนวนมากในเวลารวดเร็ว โดยมีการกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมายการพัฒนา ทำให้ทีมมีความตั้งใจในการร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา เพื่อนำมาเลือกเพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาตรงประเด็น โดยพบว่าโรงพยาบาลแห่งนี้มีปัญหาคือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลที่ไม่ถูกต้อง ผู้ศึกษาและพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและบันทึกทางการแพทย์พยาบาลได้ร่วมวิเคราะห์ปัญหาที่พบในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างละเอียด ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดปัญหามาจาก 3 องค์ประกอบหลักคือผู้ประเมิน จากแบบฟอร์มการประเมินและสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะมีการให้คะแนนการประเมิน ที่แตกต่างกันที่เกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจในการตรวจสอบ ไม่ได้รับการอบรมก่อนการตรวจสอบ ไม่มีแนวทางการตรวจสอบที่ชัดเจน ไม่มีคู่มือในการตรวจสอบ

ในการศึกษานี้ได้เลือกที่จะแก้ปัญหาด้านผู้ประเมิน โดยไม่มีการปรับแก้แบบฟอร์มการประเมินเนื่องจากกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลไม่มีนโยบายในการปรับแก้หรือปัญหาจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งจะนำเสนอต่อผู้บริหารต่อไป โดยเน้นไปที่การสร้างคู่มือการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลให้มีความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์พยาบาล การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและแนวทางการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลอย่างละเอียดเพื่อนำมาใช้ประกอบการการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์

พยาบาลให้มีความสมบูรณ์มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ศึกษาได้มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ของหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ อธิบายเนื้อหาสาระในกลุ่มมีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์และแนวทางการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ให้เข้าใจและนำไปให้ผู้ตรวจสอบนำไปใช้ ผลการศึกษาพบว่าคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์มีคะแนนโดยรวมเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 81.9 เป็นร้อยละ 100 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ผลการศึกษานี้สนับสนุนให้เห็นว่าคู่มือการแนะนำการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของโรงพยาบาล มีความสำคัญในการชี้แนะให้พยาบาลผู้ตรวจสอบสามารถตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ได้อย่างถูกต้อง คล้ายคลึงกับการศึกษาของ พรชนก จันชะรุ (2545) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์กับคุณภาพการบันทึกทางการแพทย์ประจำการโรงพยาบาล ศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น พบว่าความรู้เกี่ยวกับการบันทึกทางการแพทย์มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพการบันทึกการพยาบาลของพยาบาลประจำการ และการศึกษาของ นันทนา สุวรรณมาใจ (2545) เรื่อง การสร้างมาตรฐานการบันทึกทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลกุดจับ จังหวัดอุดรธานี พบว่า การสร้างแนวทางในการบันทึกทางการแพทย์ ส่งผลให้เกิดความเข้าใจตรงกันในการเขียนบันทึก

2. ความคิดเห็นของพยาบาลต่อกระบวนการพัฒนาและข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

ผู้ศึกษาได้ประชุมร่วมกับพยาบาลวิชาชีพภายหลังจากปฏิบัติการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์พยาบาลและได้สอบถามความคิดเห็นของพยาบาลต่อกระบวนการปรับปรุงการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลนครพิงค์ พบว่า การพัฒนาคุณภาพการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์โดยใช้แนวคิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA ของเดมมิ่ง ซึ่งเน้นการระดมความคิด ค้นหาปัญหา สาเหตุ และหาวิธีการแก้ปัญหา กำหนดวิธีการและร่วมกันดำเนินการ (วิฑูรย์ สิมะ โชคดี, 2542; ศุภชัย อาชีวะระงับ โรคน, 2549; อนุวัฒน์ ศุภชุตินกุล, 2543)

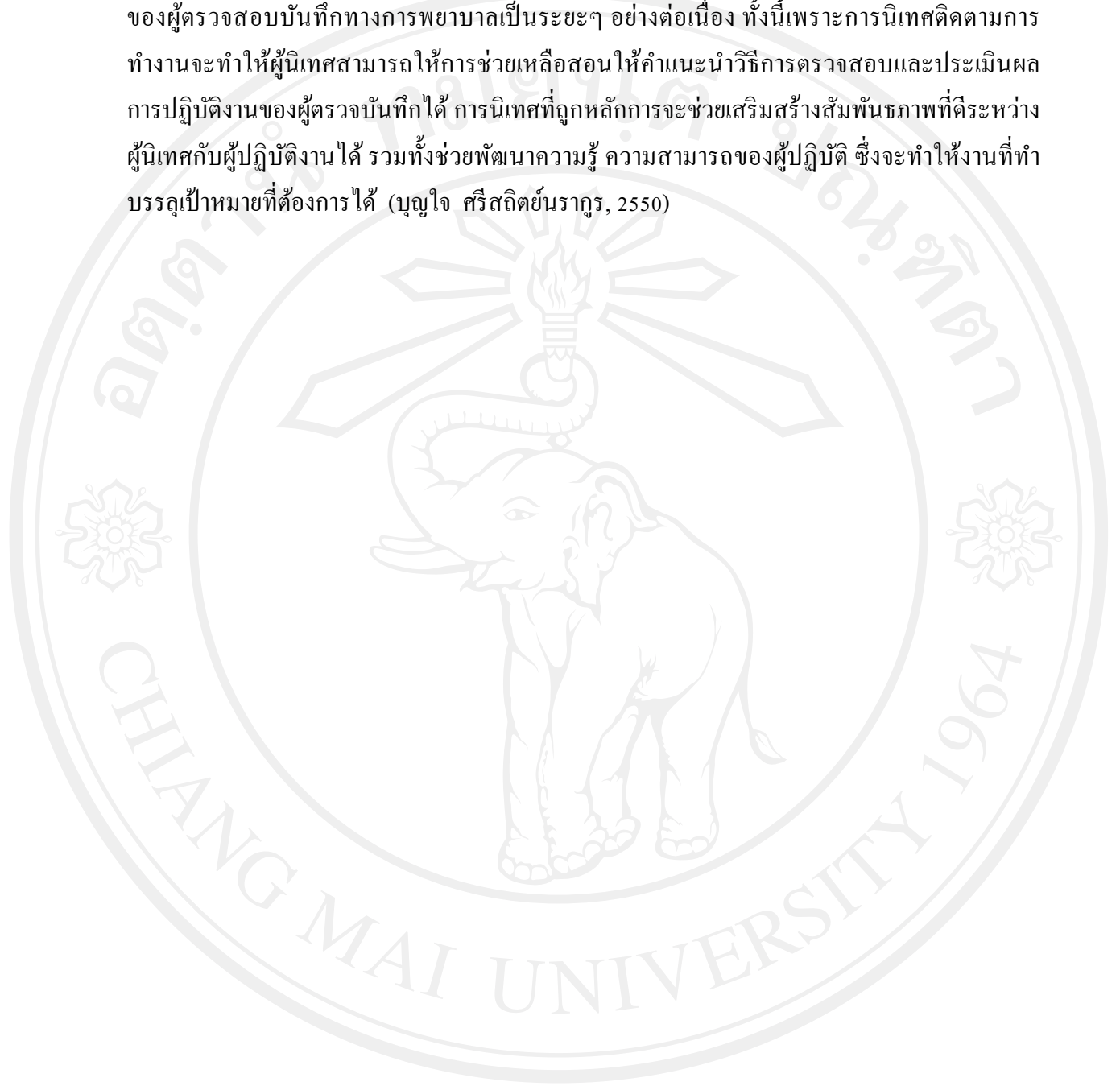
ด้านปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ในครั้งนี้นี้พบปัญหาที่ผู้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ไม่มีเวลาและขาดความทุ่มเทในการทำการตรวจสอบบันทึก ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ตรวจสอบทุกคนต้องทำงานประจำในหอผู้ป่วยหนักซึ่งต้องการพยาบาลจำนวนมาก ในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวมทั้งอุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ที่มีความซับซ้อนทำให้เกิดความเหนื่อยล้าเมื่อเสร็จภารกิจในงานประจำ การตรวจสอบบันทึกเป็นงานบริหารที่นอกเหนือจาก งานประจำที่พยาบาลผู้ตรวจสอบจะต้องใช้เวลาอดทนมาทำจึงเป็นไปได้ที่จะให้การทุ่มเทน้อยกว่า การดูแลผู้ป่วย ไม่มีเวลาตรวจสอบบันทึกอย่างละเอียด สอดคล้องกับการศึกษาของ

เดวิดสัน และ สมิท (Davison & Smith, 1993) และ คาร์เรน และคณะ (Karran et al., 1993) ที่กล่าวถึง การไม่มีเวลาและขาดความทุ่มเทของผู้ตรวจสอบนอกจากนี้ในการศึกษายังพบปัญหาที่ไม่มีสถานที่ และการสนับสนุนให้มีการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ซึ่งปัญหานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ แชมเบอร์ และคณะ (Chambers et al., 1995) ที่พบว่า การขาดการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นทำให้ การตรวจสอบบันทึกไม่มีคุณภาพและการศึกษาของ เคอร์ริสัน และคณะ (Kerrison et al., 1993) ที่มี ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการเพิ่มประสิทธิภาพของการตรวจสอบบันทึกไว้ว่าควรมีสถานที่ประชุมทีมผู้ ตรวจสอบที่เหมาะสมและมีการดำเนินการประชุมที่ราบรื่น

ในด้านการขาดความชำนาญของผู้ตรวจสอบ จากการศึกษาพบว่า ผู้ตรวจสอบบันทึกหลาย ท่านได้กล่าวว่าการขาดความชำนาญทำให้การตรวจสอบบันทึกมีความล่าช้าและผิดพลาดได้โดยง่าย ซึ่งในการศึกษานี้เมื่อได้มีการให้ความรู้ในการตรวจประเมินจำนวนร้อยละของความสอดคล้อง ตรงกันในการประเมินบันทึกทางการแพทย์ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 81.9 เป็นร้อยละ 100 ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งกล่าวว่า การที่ผู้ตรวจสอบขาดความเชี่ยวชาญ มีความสัมพันธ์กับ การขาดโอกาสในการศึกษาและการฝึกอบรมเกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบ (Foster et al., 1996; Willmot et al., 1995) และจากการศึกษาของ วอลส์ชี (Walshe, 1995, as cited in Johnston et al., 2000) ทำการ สืบหาความคิดเห็นของผู้ตรวจสอบบันทึกที่รู้สึกว่าการอบรมไม่เพียงพอและรู้สึกว่าการที่ ทำ เหมือนกับเจ้าหน้าที่เสมียนและไม่มีคุณค่า การศึกษานี้เสนอแนะให้ควรมีการฝึกอบรมผู้ตรวจสอบ บันทึกมากขึ้นและกระตุ้นให้ผู้ตรวจสอบบันทึกตระหนักถึงคุณค่าของงานและการทำงานเป็นทีม

ในด้านแผนงานการตรวจสอบ ในการศึกษาพบว่าผู้ตรวจสอบบันทึกหลายท่านเห็นว่ากลุ่ม การกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลนครพิงค์ มีนโยบายพัฒนาคุณภาพการบริการทางการแพทย์ และสื่อสารนโยบายลงสู่ผู้ปฏิบัติผ่านตัวแทนคณะทำงานตรวจประเมินคุณภาพภายใน ให้มีการ ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ระดับกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล (cross check) 1 ครั้งต่อปี ส่วนใน หอผู้ป่วยต่างๆตรวจสอบบันทึกตามแผนปฏิบัติการของแต่ละหอผู้ป่วย และรวบรวมผลการตรวจ ประเมินคุณภาพบันทึกทางการแพทย์ภายในทุก 6 เดือน ในการตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ ในหอผู้ป่วยมีทีมประกันคุณภาพ รับผิดชอบ ตรวจสอบและส่งคะแนน แต่ไม่ได้รับการนิเทศหรือ ติดตามผลการตรวจสอบจากผู้บริหารระดับต่าง ๆ ทำให้ผู้ตรวจสอบมีความเฉื่อยชาในการปฏิบัติงาน ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์ทั้งองค์กรจะมีประสิทธิภาพ ต้องอาศัยผู้นำที่สามารถวางแผน ควบคุม ติดตาม และตรวจสอบการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้ง การจัดการ สนับสนุนด้านเวลาและงบประมาณอย่างเพียงพอ ถ้าขาดสิ่งใดสิ่งหนึ่งทำให้การตรวจสอบ บันทึกทางการแพทย์ไม่ประสบผลสำเร็จได้ (Johnston et al., 2000; Kerrison et al., 1993) ดังนั้น

กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลนครพิงค์ จึงควรมีการวางแผนงานในการติดตาม นิเทศการดำเนินงานของผู้ตรวจสอบบันทึกทางการแพทย์เป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะการนิเทศติดตามการทำงานจะทำให้ผู้นิเทศสามารถให้การช่วยเหลือสอนให้คำแนะนำวิธีการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ตรวจบันทึกได้ การนิเทศที่ถูกหลักการจะช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศกับผู้ปฏิบัติงานได้ รวมทั้งช่วยพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ปฏิบัติ ซึ่งจะทำงานที่ทำบรรลุเป้าหมายที่ต้องการได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)



ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Copyright © by Chiang Mai University
All rights reserved